

2026 03 30 1,600,000.00

PARDO PEREZ LILIANA PAOLA

UN MILLON SEISCIENTOS MIL PESOS MCTE

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333		COMPROBANTE DE EGRESO No. 24,056	
Fecha : 30/marzo/2026	Pagado a : 1022384558-6 PARDO PEREZ LILIANA PAOLA		
La Suma de : UN MILLON SEISCIENTOS MIL PESOS MCTE ***** *****		Valor \$	1,600,000.00
Banco : 51 DAVIVIENDA	Cheque : PE		
Cuenta : 04 462169999366			
POR CONCEPTO DE SERVICIOS TECNICOS PROG PYP			
No. 27,171	Fact 02-2026	Valor Bruto \$ 1,600,000.00	Valor Neto \$ 1,600,000.00
Codigo	Descripcion	Valor	
MOVIMIENTO PRESUPUESTAL			
GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP
482	619	389	407
COD. ARTICULO		ARTICULO	VALOR
245020901		Servicios para la comunidad* sociales y j	1,600,000.00

TOTAL IMPUESTOS	TOTAL DESCUENTOS
-----------------	------------------

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111005001	BANCO DAVIVIENDA CTA CORRIENTE 0560462	0.00	1,600,000.00
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS	1,600,000.00	0.00

ELABORADO

REVISADO

APROBADO

Hora: 22:40

Usuario Imprime: TATIANA

Usunrio Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333		COMPROBANTE DE EGRESO No. 24,056	
Fecha : 30/marzo/2026	Pagado a : 1022384558-6 PARD0 PEREZ LILIANA PAOLA		
La Suma de : UN MILLON SEISCIENTOS MIL PESOS MCTE ***** *****		Valor \$ 1,600,000.00	
Banco : 51 DAVIVIENDA			
Cuenta : 04 462169999366	Cheque : PE		
Recibí: _____ Nombre: _____ C.C. No. _____ de _____ Firma: _____		Huella dactilar _____ _____	
OBSERVACIONES: PRESTACION DE SERVICIO COMO APOYO AUXILIAR DE ENFERMERIA DURANTE EL MES DE MARZODE 2026 SEGUN CONTRATO 310 DEL 2026			
<u>ELABORADO</u>	<u>REVISADO</u>	<u>APROBADO</u>	Usuario Imprime: TATIANA Usuario Responsable: TATIANA

Pág. 1

CUESTA		DEBITOS	CREDITOS
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	0.00	1,600,000.00
731303006	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	1,600,000.00	0.00



E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS
MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA

Tipo de Documento

Area o Proceso que lo Genera:

FORMATO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Nombre

Código

Versión

Fecha aprobación

SUPERVISOR CONTRATO

A-TH-F-009

V5

05/03/2025



EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PRESTACION DE SERVICIO No. 310 - 2.026

CERTIFICA:

Que **Liliana Paola Pardo Pérez**, identificado (a) con documento de identidad y/o Nit No. **1022384558** expedida en **Bogotá DC** cumplió a satisfacción con las actividades relacionadas con el objeto del Contrato de PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y VACUNACIÓN REGULAR CON DESTINO A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA Y SUS PUESTOS DE SALUD HATO Y SIETE TROJES. del Contrato de prestación de Servicios No. **310** de fecha **10/03/2026**, la presente cuenta correspondiente al mes de **Marzo**, y cumple con el pago de seguridad social.

DETALLE	
Valor Contrato inicial	8.800,000
No. CDP	407
No. RP	
Rubro Presupuestal: Servicios para la Comunidad sociales y personales - ASISTENCIAL	
Plazo de Ejecución	10-jun
ADICION:	
No. CDP	
No. RP	
Plazo de Ejecución	
Modificación	
Otro Si Modificatorio	
Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación	8.800,000
Valor Ejecutado	
Valor Factura Actual	1.600,000
Total Ejecutado	1.600,000
Saldo por Ejecutar	7.200,000
Porcentaje de Ejecución= Total Ejecutado/(Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación)%	18%

Se expide en la ciudad de Funza, en el mes de marzo del año dos mil Veintiséis (2.026)

NOMBRE SUPERVISOR: MAURICIO O'BYRNE RAMÍREZ
SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD

NOMBRE LIDER: Laura Arguello
LIDER SALUD PUBLICA

Laura Arguello
1'079518817
Enfermera jefe
U. Bashue

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa, Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co
Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>



Gobernación de
Cundinamarca



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

"E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"

TIPO DE DOCUMENTO:

FORMATO

CÓDIGO

A-TH-F-010

NOMBRE

DECLARACION EQUIVALENTE A LA FACTURA

FECHA ELABORACION

5032025

ÁREA O FAVORABLE QUE LE CORRESPONDE:

GENERAL

ADMINISTRATIVO

PAGINA

1 DE 1

CIUDAD Y FECHA:

Funza Cundinamarca, MARZO de 2.026

FACTURA NUMERO

2

PRESTADOR DEL SERVICIO:

Liliana Paola Pardo Perez

NIT/ NUMERO DE CEDULA

1.022.384.558

DIRECCION RESIDENCIA:

Cra 2b # 25b-51

TELEFONO:

3219678304

Email:

paolapardo093@gmail.com

SERVICIO DONDE PRESTA SUS SERVICIOS

VACUNACION

CANTIDAD	DESCRIPCION	VIR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Abono correspondiente al mes de Marzo, según lo establecido en el contrato No. 340-2026 de fecha del 10 de marzo del 2.026, cuyo objeto es PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA Y VACUNACIÓN REGULAR CON DESTINO A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA Y SUS PUESTOS DE SALUD HATO Y SIETE TROJES.	1.600.000,00	\$ 1.600.000,00
FIRMA:		VALOR TOTAL:	\$ 1.600.000,00
		IMPUESTO ASUMIDO:	\$ 1.600.000,00
		TOTAL A PAGAR:	\$ 1.600.000,00

Declaro bajo la gravedad de juramento, que: Sobre los ingresos percibidos SI () o NO (X), se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decreto único reglamentario 1625 de 2016. Si no utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario. En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar las retenciones con la tarifa tradicionales del artículo 392 del Estatuto Tributario (4%, 6%, 10% u 11%). La información suministrada es fidedigna y corresponde al presente contrato de prestación de servicios.

FAVOR PAGAR A LA CUENTA:

CORRIENTE

DECLARANTE

SI

NO

X

BANCO Davivienda

Decreto 1625 de 2016, Artículo 1.6.1.4.40. Documento equivalente a la Factura, personas regimen común o personas naturales no comerciantes inscritas en el regimen simplificado.



E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS
MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA

Tipo de Documento

Área o Proceso que lo Genera:

FORMATO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Nombre

Código

Versión

Fecha aprobación

INFORME

A-TH-F-011

V5

05/03/2025



1. INFORMACION DEL CONTRATISTA:

NUMERO DE CONTRATO	310 de 2.026
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Lilliana Paola Pardo Pérez
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT	1.022.384.558
FECHA ACTA DE INICIO	10/03/2026
VALOR DEL CONTRATO	\$ 8.800.000
PLAZO DE EJECUCION	2 meses Y 32 DIAS
PRORROGA (ADICION)	NA
FECHA FINAL DEL CONTRATO	HASTA EL 10 DE JUNIO DE 2.026
FECHA TERMINACION ANTICIPADA (si aplica)	NA
VALOR ADICION	NA
VALOR CONTRATO DEL CONTRATO + ADICION	\$ 8.800.000
OBJETO CONTRATO	prestación de servicios de apoyo a la gestión asistencial como auxiliar de enfermería y vacunación regular con destino a la e.s.e. hospital nuestra señora de las mercedes del municipio de funza y sus puestos de salud hato y siete trojes.
PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	MARZO DEL 2.026
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	MARZO DEL 2.026
NUMERO DE INFORME	1 de 4
SALDO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	\$ 8.800.000
VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	\$ 1.600.000
ENTIDAD BANCARIA, N° DE CUENTA	BANCO DAVIVIENDA N° DE CUENTA 0570466970097963
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD X
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	MAURICIO O'BYRNE RAMÍREZ SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa, Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co

Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>





E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS
MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA

Tipo de Documento

Area o Proceso que lo Genera:

FORMATO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Nombre

Código

Versión

Fecha aprobación

INFORME

A-TH-F-011

V5

05/03/2025



2. TIPO DE INFORME: Marque con una x el tipo de informe.

Informe Mensual

X

Informe Final

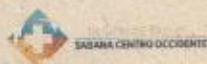
3. OBLIGACIONES ESPECIFICAS: Escriba todas las obligaciones contractuales especificas con el detalle de cada una y el grado de cumplimiento.

No	OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES	DETALLE DE ACTIVIDAD	% DE CUMPLIMIENTO
1	Llevar el libro de registro diario de los biológicos administrados.	Se adjunta registro diario de vacunación Pai regular mes de marzo.	18%
2	Llevar el control del movimiento del biológico mediante el Kardex de Movimiento	Se adjunta Kardex diario de vacunación pai regular mes de marzo.	18%
3	Explicar a los pacientes el procedimiento, atender con amabilidad y respeto a los usuarios.	Se da cumplimiento a esta obligación, explicando oportunamente el procedimiento al paciente y atendiéndolo con amabilidad.	18%
4	Administra el biológico, asegura el adecuado almacenamiento de la vacuna, lleva el inventario de las vacunas a diario, verifica el cumplimiento de las medidas de bioseguridad, realiza desinfección de vacunación, apoya al jefe del servicio en la atención de los eventos adversos posvacunales y las otras que determine el supervisor del contrato.	Se adjunta registro diario de vacunación, Kardex y fotografías de desinfección del sitio de vacunación.	18%
5	Administrar el biológico como vacunadora del plan nacional de vacunación contra el Covid-19, que requiera la ESE para la atención de pacientes.	Se realiza aplicación de biológico según protocolo. Se adjunta registro fotográfico.	18%
6	Manejar cadena de frio, llevar control diario de temperatura de las neveras y termos dia.	se realiza control de temperatura diaria de neveras y seguimiento red de frio se anexa registro fotográfico de formato de	18%

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa. Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co

Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>



Gobernación
Cundinamarca



E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS
MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA

Tipo de Documento

Área o Proceso que lo Genera:

FORMATO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Nombre

Código

Versión

Fecha aprobación

INFORME

A-TH-F-011

V5

05/03/2025



		temperaturas, se adjunta registro fotográfico del formato mes de marzo.	
7	Mantener el lugar en perfectas condiciones de orden, aseo y desinfección.	El espacio de vacunación se mantiene ordenado desinfectado para la atención de los pacientes, se adjunta registro fotográfico mes de marzo.	18%
8	Elaborar y enviar los informes de vacunación al profesional responsable.	se realiza envío de informes mensuales, diario de fiebre amarilla, PAI regular, informe quincenal según corresponde, Se adjunta evidencia fotográfica.	18%
9	Hacer el requerimiento de los biológicos e insumos oportunamente al centro de acopio municipal y a las áreas de almacén y farmacia.	Se hace recepción de biológicos necesarios para demanda inducida del mes de febrero para siete trojes del hospital adjunto formato de entrega.	18%
10	Informar oportunamente las novedades al responsable del área y/o líder de salud pública.	Se informa de novedades y demás solicitudes a líder de salud pública.	18%
11	Realizar las jornadas de vacunación y sus informes correspondientes cuando se requiera.	Se adjunta registro fotográfico	18%
12	Presentar mensualmente el inventario de vacuna.	Se realiza envío de arqueo de punto siete trojes mediante conteo y Kardex de biológico Pai regular	18%
13	Realizar el lavado y desinfección semanal de las neveras y punto de vacunación.	Se realiza limpieza y desinfección de neveras y punto en general se adjunta formato establecido y registro fotográfico.	18%
14	Enviar listado de pacientes para facturar el servicio, seguimiento a cohortes, demanda inducida para vacunación.	Se adjunta registro fotográfico de facturación y seguimiento a cohortes.	18%
15	Diligenciar a diario el aplicativo Pai Web.	Se registro usuarios al PAI WEB, se adjunta registro fotográfico de cargue.	18%

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa, Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co

Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>





E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS
MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA

Tipo de Documento

Área o Proceso que lo Genera:

FORMATO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Nombre

Código

Versión

Fecha aprobación

INFORME

A-TH-F-011

V5

05/03/2025



16	Disponibilidad para vacunar recién nacidos en el hospital.	Se está a disponibilidad según programación y cronograma de auxiliares de vacunación	18%
17	Las demás que le sean asignadas por sus jefes inherentes a su cargo	Se cumplen con demás actividades solicitadas por coordinadora y líder PAI	18%
18	Las demás que se requieran para el cumplimiento del objeto contractual.	Se cumplen con demás actividades solicitadas por coordinadora y líder PAI	18%
19	Realizar de manera oportuna la publicación del informe de actividades con soportes en la plataforma SECOP II.	Se realiza de manera oportuna la publicación del informe de actividades con soportes en la plataforma SECOP II.	18%

4. RELACION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: Si es primera cuenta, por favor adjuntar certificados de afiliación, de lo contrario adjuntar planilla de seguridad social pagada.

4.1 DESCRIPCION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: Por favor describa el pago del mes vencido de sus aportes y adjunte su planilla pagada.

MES DE PAGO	febrero ✓
No. PLANILLA	1079858984 ✓
APORTE SALUD	\$218.900 ✓
APORTE PENSION	\$280.200 ✓
APORTE ARL	\$42.700 ✓
APORTE CAJA COMPENSACION	0 ✓
VALOR TOTAL PAGADO	\$541.800 ✓

DECLARACIÓN No. 1: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

SI ☒ NO ☐

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa, Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co

Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>





E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS
MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA



Tipo de Documento

Área o Proceso que lo Genera:

FORMATO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Nombre

Código

Versión

Fecha aprobación

INFORME

A-TH-F-011

V5

05/03/2025

DECLARACIÓN No. 2: Manifiesto que he cumplido con mi obligación de cotizar a salud y pensión de acuerdo con lo establecido en el contrato, y que no he recibido ingresos adicionales durante el presente mes que aumenten la base de cotización.

SI X NO

Contratista y/o Representante	Vto. Bueno Lider de proceso o área en el cual realiza sus actividades
 Liliana Paola Pardo Pérez C.C1.022.384.558	 Laura Arguello LIDER SALUD PUBLICA
Supervisor del Contrato	
 MAURICIO O'BYRNE RAMÍREZ SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	
Visto Bueno Tesorería	
 Firma	

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa, Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co

Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>



	E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA				
	Tipo de Documento		Area o Proceso que lo Genera:		
	FORMATO		GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
	Nombre	Código	Versión	Fecha aprobación	
	CERTIFICACIÓN PQRSDF	M-AU-F-001	V4	05/03/2025	

DE: SIAU

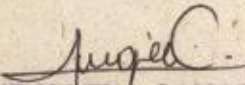
PARA: SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD ✓

ASUNTO: CERTIFICACIÓN PQRSDF A SATISFACCIÓN

Cordial Saludo,

La líder de la oficina SIAU se permite certificar que el/la señor/a **Liliana Paola Pardo Perez**, identificada con CC. No.1022384558 de **Bogotá DC**. Quien se desempeña en el cargo **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y VACUNACIÓN REGULAR CON DESTINO A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA Y SUS PUESTOS DE SALUD HATO Y SIETE TROJES**. en el marco de la ejecución del contrato de prestación de servicios: **310 - 2.026**, no registra PQRSDF pendientes en el mes de **marzo**. ✓

Atentamente;

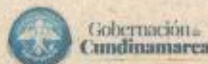

ANGIE MILENA CAMARGO RIVEROS
 TRABAJO SOCIAL - SIAU ✓

En constancia se firma en el municipio de Funza en el mes de marzo de 2.026. ✓

Elaboró y Proyecto: Angie Milena Camargo Riveros - Trabajadora Social - SIAU. ✓
 Revisó: Mario Gaona Contreras - Subgerencia Administrativa y financiera.
 Aprobó: Julia Isabel Muelle Plazas - Gerente.

Queremos proyectarnos, revisamos y aprobamos, declaramos que el presente documento lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo recomendamos para la firma de la Gerencia de la E.S.E.

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"
 Sede Administrativa, Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co
 Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>





PAGOSIMPLE

AUTO Liquidación
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-02, 04:22:39 AM Tipo Planilla: I. PLANILLA INDEPENDIENTES
Período Cotización: febrero de 2026 Período Servicio: febrero de 2026
Número Planilla: 1073659884 Referencia pago (PIN): 8823920833

PAGADO 28/02/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LILIANA PAOLA PARDO PEREZ
Documento	CC1022384558
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	FUNZA
Representante Legal	
Total Afiliados	1

Dirección	CR 6 #2 - 60 B CENTENARIO
Teléfono	3219678304
Forma Presentación	UNICO
Departamento	CUNDINAMARCA
Identificación	
ARP	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas				Parafiscales			Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Saldo Cotización	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Adm. General	IBC Pension	Aporte Pension	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	BC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte BSA	Aporte ICAF	Aporte ESAP	Aporte Retiro	Total
CC 1022384558	LILIANA PAOLA PARDO PEREZ	08	00														\$ 1,750,000	\$ 1,750,000	\$ 218,200	\$ 1,750,000	2,406	\$ 1,750,000	\$ 42,700	\$ 42,700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541,800	

III. TOTALES

IBC Pensiones	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pension	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes BSA	Aportes ICAF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Invalidez Permanente y Faltas	Incapacidades AJP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORSA	INTERESES DE MORSA	TOTAL FINAL
\$ 1,750,000	\$ 1,750,000	\$ 0	\$ 218,200	\$ 218,200	\$ 42,700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541,800	\$ 0	\$ 541,800

[Handwritten signature]

